

логических или витальных осложнений. К витальным зонам относили: треугольники X и XII нервов, зону обих, зону голубого пятна, пара-акведуктальное серое вещество. К функционально-значимым зонам относили проводники и ядра ствола мозга, а также ядра черепных нервов. К функционально малозначимым зонам относили: зону вокруг передней и задней центральных борозд, межколликкулярное пространство среднего мозга, субколликкулярные и супраколликкулярные треугольники дна ромбовидной ямки, латерально-вентральную поверхность среднего мозга и моста. Манипуляции в витально-значимых зонах, направленные на удаление остатков опухолей или формирование там хирургических коридоров к внутристволовым опухолям, чреваты опасностью развития стойких витальных расстройств и декомпенсацией больных, и не допустимы. Манипуляции в функционально значимых зонах ствола с целью удаления опухоли или формирования раневого хода к внутристволовым опухолям чреваты опасностью развития стойких

неврологических дефицитов, несут риск инвалидизации больных, поэтому нецелесообразны и должны иметь дополнительные показания. Манипуляции в функционально малозначимых зонах ствола мозга возможны. Ввиду минимальной индивидуальной вариабельности ствола мозга выявление анатомических ориентиров для морфометрии (бугорок лицевого нерва, водопровод мозга, задняя и передняя центральная борозда, бугорки четверохолмия и др.) и определение функциональных зон нетрудно, однако в условиях деформации ствола, вызванной новообразованием, это сложнее. В этих случаях регистрация стволых вызванных потенциалов и электростимуляционное картирование ядер ствола и черепных нервов совместно с интраоперационной НСГ и МРТ, а также данные функциональной МРТ и МРТ-трактографии позволяют интраоперационно определить функционально значимые зоны ствола. Транзиторная, обратимая блокада ядер и проводников позволяет уточнить их локализацию при спорных ситуациях.

ДОКЛАД: ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Иова А.С., Крюков Е.Ю., Гармашов Ю.А., Сотников С.А., Козырев Д.А.

СЗГМУ им. И.И. Мечникова,
СПб ГБУЗ ДГБ №1, Санкт-Петербург

В связи с принятием закона о выхаживании новорожденных с массой тела 500 г тема внутрижелудочковых кровоизлияний стала более актуальна. До настоящего времени не было единства в выборе тактики лечения недоношенных новорожденных. Министерство здравоохранения РФ поручило разработать Российской Ассоциации специалистов перинатальной медицины (РАСПМ) протокол ведения недоношенных новорожденных с внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Данный протокол совместными усилиями нейрохирургов, неонатологов из разных городов Российской Федерации был разработан и неоднократно обсужден на заседаниях Ассоциации. Активное участие приняли сотрудники СЗГМУ им.И.И. Мечникова

(Иова А.С. и др.) и РНХИ им. проф. А.Л.Поленова (Хачатрян В.А. и др.). Принята классификация внутрижелудочковых кровоизлияний (3 степени), что раньше соответствовало классификации МКБ-10, достигнуто соглашение об использовании на первом этапе серийных люмбальных пункций с разгрузочной и санационной целью и применении наружного вентрикулярного или вентрикуло-субгалеального дренирования. На завершающем этапе лечения прогрессирующей гидроцефалии — вентрикулоперитонеальное шунтирование. Высказано однозначное решение о неэффективности применения эндоскопической тривентрикуло-цистерностомии при прогрессирующей постгеморрагической гидроцефалии.

ДОКЛАД: ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАДАВШИХ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ЛОБНЫХ ДОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Смирнова М.М., Щербук Ю.А.

Кафедра нейрохирургии и неврологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с изолированным травматическим повреждением лобных долей головного мозга путем разработки дифференцированной лечебной тактики в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи.

Материалы и методы: объектом исследования стали 132 взрослых человека в остром периоде изолированного травматического повреждения лобных долей головного мозга, подтвержденного методом компьютерной томографии, проходивших лечение в Александровской больнице Санкт-Петербурга в 2011—2013 гг. У 58% пациентов выявляли единичные контузионно-геморрагические очаги. У 15, 10 и 17% пострадавших соответственно выявляли 2, 3 и более 3 очагов. При этом у четверти больных очаги были двусторонними.

Результаты и обсуждение: контузионно-геморрагические очаги, объем которых превышал 25 см³, были склонны к прогрессированию.

Можно утверждать, что близкорасположенные очаги ведут себя как единый очаг. При выявлении подобных изменений необходимо рассчитывать по формуле объ-

ема эллипсоида их суммарный объем, складывающийся из объема каждого локуса, объема зоны перифокальных изменений, а также объема визуально пока еще не поврежденной ткани головного мозга, заключенной внутри данной группы очагов. Аналогично и сочетание контузионно-геморрагических очагов и ипсилатеральной гематомы той же области составляет единый объем.

На основании выявленных клинко-компьютерно-томографических параллелей была создана Шкала дифференцированного лечения пациентов с изолированным травматическим повреждением лобных долей головного мозга, позволяющая избирать оптимальную тактику ведения таких пострадавших в условиях многопрофильного стационара скорой медицинской помощи.

Алгоритм лечения рассматриваемых больных может быть представлен в следующем виде. При поступлении в многопрофильный стационар состояние пациента оценивают по Шкале дифференцированного лечения. Оценка в 4-9 баллов подразумевает проведение консервативной терапии. При оценке в 16-19 баллов пациенту следует выполнять экстренную краниотомию по жизненным по-